山东省定点医药机构医保信用评价办法

（征求意见稿）

第一章　总 则

第一条 为建立健全医疗保障信用管理制度，促进医疗保障事业健康可持续发展，根据《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的指导意见》《山东省社会信用条例》等有关规定，制定本办法。

第二条 山东省各统筹地区医疗保障经办机构对医疗保障定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点医药机构）的医保信用评价工作，适用本办法。

第三条 定点医药机构医保信用评价工作应当遵循依法依规、客观公正、动态调整、奖惩结合的原则，保护定点医药机构的合法权益。

第四条 省级医疗保障行政部门负责全省定点医药机构医保信用评价的组织管理工作。市级医疗保障行政部门负责制定本统筹区信用评价细则和评价指标，监督指导医疗保障经办机构实施定点医药机构医保信用评价工作。

市级医疗保障经办机构负责属地定点医药机构医保信用评价的具体实施工作，也可委托符合资质的信用服务机构开展信用评价工作。

第五条 省级医疗保障行政部门建设部署全省医保信用评价信息管理系统，以数据和应用标准化为原则，围绕信用评价的全流程，整合医疗保障领域信用评价信息资源，实现信息化管理。

市级医疗保障行政部门负责属地医保信用评价信息平台管理，县级以上医疗保障经办机构使用信用评价信息平台组织开展医保信用评价信息数据采集、上传、记录、存储等工作。

第二章 信息采集

第六条 各级医疗保障部门应当依法依规采集、共享和管理定点医药机构医保信用信息。定点医药机构医保信用信息主要来源于医保业务平台、医保智能监控系统、医保基金日常审核及监管稽核等。

第七条 各级医保部门建立定点医药机构医保信用信息数据库，及时、准确记录定点医药机构的信用行为并实现动态更新，做到可查可核可溯。

第三章　信用评价

第八条 定点医药机构医保信用评价的内容主要包括，是否按照有关法律法规、政策规定和服务协议约定，行使权利、履行义务，按规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金等。

医疗保障经办机构或委托的第三方信用服务机构从医保管理、基金使用、医药服务、行业规范等方面，综合对定点医药机构开展信用评价。可以依据协议履约评价结果确定医药机构信用评价等级，实现信用评价与履约评价结果相对照。

第九条 定点医药机构医保信用评价实行等级制管理，从高至低推荐为A+、A、B、C、D五个信用等级。

第十条 省级医疗保障行政部门制定发布减分项、加分项两类推荐指标，供各市医疗保障行政部门选择使用。

定点医药机构医保信用评价指标实行属地动态管理。各市级医疗保障行政部门可以根据当地医保协议管理政策，与履约考核指标相结合，对推荐指标进行属地化调整；也可以根据当地工作安排或政策调整，对下一评价周期的医保信用评价指标进行动态调整。

第十一条 定点医药机构信用评价每年度开展一次，原则上医保经办机构于每年6月底前完成上一年度医疗机构的信用等级评定，并将评价结果录入医保信用评价信息管理系统，向同级医疗保障行政部门备案。

第十二条 医保经办机构应当及时将医保信用评价结果通过信息平台等多种渠道告知定点医药机构。定点医药机构认为信用评价信息、信用评分和信用等级有以下情形之一的,可以提出信用异议：

（一）信用评价信息与事实不符；

（二）信用评分和信用等级计算错误。

信用异议申诉应在收到书面告知之日起15个工作日内提出，逾期视为认同告知结果。

第十三条 信用异议申诉可以向医保服务协议管理所属市、县（市、区）医疗保障经办机构申请，申请材料包括：

（一）申请书，说明申请修改的理由、事实、依据；

（二）有关证据材料。

第十四条 市、县（市、区）医疗保障经办机构收到信用异议的申请后，按规定对申诉进行调查核实，并于15个工作日内告知申请人。情况复杂的，可适当延长，最长不超过30个工作日。

第四章　评价结果应用

第十五条 医疗保障部门根据评定信用等级情况，按照本章规定对不同信用等级的定点医药机构进行管理，将定点医药机构医保信用评价与履约考核相结合，与资金结算、审核稽核频次等挂钩，推动定点医药机构主动规范医保基金使用行为。

第十六条 对评为A+级的定点医药机构可按下列规定进行管理：

（一）降低日常现场检查频次，除根据投诉举报、大数据筛查、专项检查部署等进行监督检查外，不另行对其开展检查；

（二）连续两年评定为A+的，后续一个年度可免于现场检查；

（三）通过医疗保障官方网站等公开平台或其他媒体进行宣传表扬；

（四）医保评比表彰等予以适当倾斜；

（五）其他鼓励性措施。

第十七条 对评为A、B级的定点医药机构，可采取日常检查和专项检查相结合的方式开展监督检查。

第十八条 对评为C级的定点医药机构，可在日常监管中，列为重点预警监管对象，采取日常检查、定期检查和专项检查相结合的方式开展监督检查。

　　第十九条 对评为D级的定点医药机构可按下列规定进行管理：

（一）列入重点监管对象，加大监督检查频次。

（二）由经办机构根据具体失信行为暂停医保服务协议或解除服务协议。

第二十条 定点医药机构具有《国务院关于建立完善守信联合激励和失信联合惩戒制度加快推进社会诚信建设的指导意见》（国发〔2016〕33号）规定的四类严重失信行为信息的，认定为D级。

第五章 信用修复

第二十一条 信用修复适用于定点医药机构被认定且记入医保信用信息数据库的失信信息的信用修复活动，信用修复包括自然修复和依申请修复。

定点医药机构失信信息自认定之日起满1年后自然修复。

定点医药机构积极改善自身信用状况，按照规定的条件和程序，向医疗保障经办机构提出修复申请。

第二十二条 定点医药机构已主动纠正失信行为、消除不良影响、履行处理决定的，可向医保服务协议管理所属市、县（市、区）医疗保障经办机构申请修改，申请材料包括：

（一）申请书，说明申请修改的理由、事实、依据；

（二）有关证据材料。

第二十三条 市、县（市、区）医疗保障经办机构收到信用修复的申请后，按规定对申请进行调查核实，并于15个工作日内给予回复，情况复杂的，可适当延长，最长不超过30个工作日。

第六章　 附 则

第二十四条 定点医药机构医保信用等级评价结果自公布之日起至下一评价结果公布之日内有效。

第二十五条 本办法由山东省医疗保障局负责解释。

第二十六条 本办法自2025年 月 日起施行。

附件：1.定点医疗机构医保信用评价推荐指标

2.定点零售药店医保信用评价推荐指标

3.定点医药机构医保信用评价报告

4.定点医药机构医保信用评级告知书

5.定点医药机构医保信用异议申请书

6.定点医药机构医保信用修复申请书

7.定点医药机构医保信用修复告知书

附件1

定点医疗机构医保信用评价推荐指标

| 一级指标 | 二级指标 | 序号 | 三级指标 | 指标性质 | 评价内容及要求 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 协议履行 | 基础管理 | 1 | 机构设置 | 定性 | 设立专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作。 |
| 2 | 规章制度 | 定性 | 建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度，包括医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等。 |
| 3 | 宣传培训 | 定性 | ①开展医疗保障政策、就医和结算流程等宣传，并提供相关咨询服务，并及时更新宣传内容； ②组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训； ③参加由医疗保障行政部门或经办机构、稽核机构组织的宣传和培训。 |
| 4 | 信息系统 | 定性 | ①建立专门的信息化管理机构，配备专职人员，制定信息安全管理制度并有效执行，保障网络稳定畅通，严格执行信息保密制度； ②医院HIS系统与医疗保险信息系统有效对接，并采用安全有效隔离措施实现与互联网物理隔离； ③医院HIS系统与医保智能监控系统有效对接，并使医保智能监控规则嵌入医院信息系统，并实现应用；  ④按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据。 |
| 5 | 收费规定 | 定性 | ①医疗服务项目价格严格按照协议条款执行； ②执行价格有关法律规定，在收费场所显著位置明码标价； ③市场调节价和自主定价项目应做好知情告知。 |
| 6 | 医保编码 | 定性 | ①及时做好定点医疗机构、医师、护士等医保编码工作，及时入库，动态调整，国家赋码后同步更新； ②配合做好医保目录、费用结算清单等国家统一编码落地实施工作。 |
| 7 | 报送制度 | 定性 | ①按照规定及时准确报送各类统计报表、年度工作总结等； ②按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息； ③按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息。 |
| 8 | 凭证管理 | 定性 | 按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料。 |
| 9 | 变更备案 | 定性 | 机构名称、执业地址等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，申请变更。 |
| 费用控制 | 10 | 门诊次均费用增长率 | 定量 | 年度门诊次均费用=年度门诊费用总额/年度门诊总人次 门诊次均费用增长率=(本年度门诊次均费用-上年度门诊次均费用)/上年度门诊次均费用×100% |
| 11 | 门诊目录外自费率 | 定量 | 门诊目录外自费率=门诊全额自费项目总额/门诊费用总额×100% |
| 12 | 住院次均费用增长率 | 定量 | 年度住院次均费用=年度住院费用总额/年度住院总人次 住院次均费用增长率=(本年度住院次均费用-上年度住院次均费用)/上年度住院次均费用×100% |
| 13 | 住院率增幅 | 定量 | 住院率=年度出院人次数/年度门诊就医人次数×100% 住院率增幅=丨本年度住院率-上年度住院率丨 |
| 14 | 住院目录外自费率 | 定量 | 住院目录外自费率=住院全额自费项目总额/住院费用总额×100% |
| 15 | 医疗费用总额增长率 | 定量 | 医疗费用总额增长率=(本年度医疗费用总额-上年度医疗费用总额)/上年度医疗费用总额×100% 排除合理因素(新增就医人次、医疗服务价格调整、重病患者比例高等)影响。 |
| 16 | 费用分析制度 | 定性 | 根据要求建立院内医疗费用分析制度，合理科学设置各项指标，定期向医保经办机构说明医疗费用的管控情况。 |
| 行为规范 | 17 | 就医核验 | 定性 | ①对就诊的参保人进行身份识别，查验参保人身份证、医保凭证等，确保人证一致； ②非经医保经办机构书面授权，不得以任何理由收集、留存参保人员医疗保障有效凭证。 |
| 18 | 资格认定 | 定性 | 做好门诊慢特病资格认定和信息备案工作，由专人负责，制定行之有效的门诊慢特病管理制度和工作程序。 |
| 19 | 知情同意 | 定性 | ①因住院病情需要使用医保目录外药品或诊疗项目的，应书面告知参保人，严格执行全额自费项目知情同意签字制度； ②能够向参保人员提供门诊、住院费用结算清单和住院日费用清单。 |
| 20 | 处方流转 | 定性 | 严格执行门诊处方外配制度，参保人员要求到定点零售药店购药时，不得以任何理由拒绝，并及时为患者办理必要的门诊处方外配手续。 |
| 21 | 异地就医 | 定性 | 按规定对异地就医参保人员提供合理的医疗服务，办理联网结算，与当地参保人一并纳入医保管理服务，执行就医地DRG、DIP支付结算标准，无正当理由不得拒绝为异地参保人员即时结算费用，并且住院期间外院检查或定点药店购药相关费用应纳入本次住院费用 直接结算。 |
| 22 | 目录维护 | 定性 | 新增药品、医用耗材(含自费项目)编码的，应按要求提交新增申请材料，经办机构反馈后，及时做好对应维护。 |
| 23 | 结算要求 | 定性 | ①按规定的程序和时限，通过日对账正确上传数据，及时向医保经办机构申报医疗费用； ②协助医保经办机构对参保人员所发生的有疑义的医疗费用进行复核，并按规定时间进行疑点反馈； ③ 优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。 |
| 24 | 付费方式 | 定性 | ①按规定开展DRG、DIP付费方式改革； ②落实协议总额预算控制指标，结合本院实际制定费用控制办法，不能将指标简单分解到科室； ③推行临床路径管理，提高诊疗行为透明度，将费用、患者负担水平等指标定期公开，为参保人就医选择提供参考。 |
| 25 | 药械集采 | 定性 | 公立医疗机构 ①严格执行集采政策，参加集采工作并按要求报量；  ②畅通中选药品和医用耗材入院渠道，并按时完成约定采购量； ③严格执行网上采购政策，不得违规网下采购。 |
| 26 | 药品管理 | 定性 | ①建立健全药品“进、销、存”全流程记录和管理制度、药品供应制度； ②优先配备使用医保药品，按规定配备国家谈判药品和省谈判药品； ③加强医疗机构药事管理，严格掌握目录内药品限定支付范围和法定适应症并留存用药依据。 |
| 27 | 医用耗材 | 定性 | ①取消公立医疗机构医用耗材加成，所有允许单独向患者收费的医用耗材，以实际购进价格“零差率”销售；公立医疗机构不得在实际购进价格之外接受经营者给予的价格折扣或其他形式的折扣。 ②以成本形式打包计入医疗服务价格的医用耗材，不得另行收费； ③严格执行医用耗材临床使用的事前评估、事中跟踪和事后评价制度；建立高值医用耗材使用分析评价，严格控制高值医用耗材使用比例。 |
| 28 | 药款结算 | 定性 | 集采药品耗材全部纳入医保基金与医药企业直接结算，严格按政策规定审核确认应付款项。 |
| 29 | 挂账处理 | 定性 | 被当地医保经办机构拒付的医疗费用、超支分担机制下医疗机构按比例承担费用，应当在规定时限内作相应的财务处理。 |
| 30 | 自查自纠 | 定性 | 定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为 |
| 31 | 工作配合 | 定性 | 配合医疗保障部门开展智能监控审核稽核、履约考核、监督检查等。 |
| 服务质量 | 32 | 就医指导 | 定性 | 公布医保就医流程、设置明显的就医标识；设立医保患者挂号、结算窗口和门诊慢特病、特殊群体专用窗口。 |
| 33 | 窗口服务 | 定性 | 窗口工作人员热情耐心接待参保人，礼貌待人，使用规范化服务用语，有问必答，做到首问负责制，耐心做好解释工作。 |
| 34 | 接诊要求 | 定性 | 执行首诊医师负责制，不得无故拒收、推诿参保人；住院期间不得要求参保人到门诊或药店购药（双通道购药除外）；不得要求住院参保人外购医保目录内药品。 |
| 35 | 病案规范 | 定性 | ①提高病案首页质量，按照国家统一规定规范填写病案首页，加强临床数据标准化、规范化管理，为推广按疾病诊断相关分组付费打牢基础； ②接诊意外伤害的参保人时，须如实及时完整记录致伤原因和意外受伤的情形。 |
| 36 | 电子凭证 | 定性 | 及时做好系统接口改造，满足参保人使用医保电子凭证就医，以扫码为交互方式，实现在线医保结算。 |
| 37 | 数据质量 | 定性 | ①确保向医保经办机构传输的参保人就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，真实、准确并实时传输，不得人为篡改作假； ②严格执行信息网络管理有关规定，做好数据备份。 |
| 38 | 应急预案 | 定性 | 制定应急预案，因信息系统出现故障并影响参保人就医结算时，须及时通知医保经办机构并启动应急预案，做好解释工作。 |
| 39 | 满意度评价 | 定量 | ①满意度测评，采用随机公开的方式，发放满意度测评表，分别对住院参保患者和门诊参保患者满意度进行调查：门诊(住院)参保患者满意度=评价满意的被调查门诊(住院)参保患者人数/接受调查的门诊(住院)参保患者总数×100% ②利用第三方评价，抽取部分药品、医用耗材供应商，对定点医疗机构结算和履约情况进行调查。 |
| 40 | 媒体报道 | 定量 | 本机构被主流媒体报道，经医疗保障部门认可的，按照报道数量赋分。 |
| 协议履行 | 协议处理 | 41 | 约谈 | 定量 | 被医疗保障经办机构约谈的。 |
| 42 | 通报 | 定量 | 被医疗保障部门通报的。 |
| 43 | 追回费用 | 定量 | 被医疗保障经办机构追回费用。 |
| 44 | 拒付费用 | 定量 | 被医疗保障经办机构拒付费用。 |
| 45 | 中止协议 | 定量 | 被医疗保障部门中止协议的。 |
| 46 | 医保医师处理 | 定量 | 被暂停或中止医保支付资格的。 |
| 47 | 科室处理 | 定量 | 被中止医疗保障结算的。 |
| 基金监管 | 一般处理 | 48 | 约谈 | 定量 | 被医疗保障部门约谈的。 |
| 49 | 整改 | 定量 | 被医疗保障部门责令整改的。 |
| 行政处罚 | 50 | 罚款 | 定量 | 被医疗保障行政部门罚款。 |
| 其他行为 | 51 | 其他行为 | 定性 | 其他骗取医疗保障基金支出的行为。 |
| 社会信用 | 行政处理 | 52 | 行政处罚 | 定量 | 被政府有关行政部门给予行政处罚情况。 |
| 表彰奖励 | 受到表彰 | 53 | 政府表彰 | 定量 | 受到党委、人民政府表彰奖励的。 |
| 54 | 医保表彰 | 定量 | 受到医疗保障行政部门通报表扬。 |
| 工作配合 | 55 | 参与试点改革 | 定量 | 积极参与市级及以上医保试点改革等工作的，受到医疗保障部门认可，并出具相关证明材料。 |
| 56 | 药品采购 | 定量 | 属于医保基金结算的药品,非公立医疗机构按照不高于采购平台中标或挂网价向参保人销售。 |
| 57 | 自查自纠 | 定量 | 按照主动回退金额予以加分。 |
| 公益活动 | 58 | 公益活动 | 定量 | 主动参加医疗保障部门组织的公益活动，受到医疗保障部门认可。 |
| 其他奖励情况 | 59 | 其他奖励情况 | 定性 | 医疗保障部门认定的其他奖励性措施。 |
| 一票否决 | 失信被执行人 | 60 | 失信被执行人 | 定性 | 医疗机构或其法人被纳入公共信用系统失信名单的情况。 |
| 司法处理 | 61 | 欺诈骗保 | 定性 | 定点医疗机构及其工作人员因欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保障基金或者医疗保障待遇被司法机关追究刑事责任的。 |
| 协议处理 | 62 | 解除协议 | 定性 | 被医疗保障部门解除协议的。 |
| 63 | 变更备案 | 定性 | 医疗机构名称、执业地址等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，被发现重大信息发生变更,经医保经办机构责令整改，但未在规定时间内办理重大信息变更的。 |
| 行为规范 | 64 | 工作配合 | 定性 | 不配合医疗保障部门开展智能监控审核稽核、履约考核、监督检查等，情节恶劣的。 |

附件2

定点零售药店医保信用评价推荐指标

| 一级指标 | 二级指标 | 序号 | 三级指标 | 指标性质 | 评价内容及要求 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 协议履行 | 基础管理 | 1 | 机构设置 | 定性 | 建立健全医保管理服务部门，配备专（兼）职管理人员。 |
| 2 | 规章制度 | 定性 | 具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度。 |
| 3 | 宣传培训 | 定性 | ①采取多种方式开展医疗保险政策宣传，为参保人员提供咨询服务； ②应当组织医保管理人员参加由医疗保障行政部门或经办机构、稽核机构组织的宣传和培训； ③应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训。 |
| 4 | 信息系统 | 定性 | ①指定专人负责医保信息系统管理，明确工作职责，合理设置管理权限； ②具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码； ③应做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点零售药店重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据； ④按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据。 |
| 5 | 收费规定 | 定性 | ①提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的应出示本人和被代购人身份证； ②按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则确定销售价格，遵守药品价格政策； ③为参保人员提供医保药品费用直接结算单据和相关资料，参保人员或购药人应在购药清单上签字确认； ④凭外配处方购药的，应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。 |
| 6 | 报送制度 | 定性 | ①按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息； |
| 7 | 凭证管理 | 定性 | 按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料。 |
| 8 | 处方管理 | 定性 | ①应当凭处方销售医保目录内处方药，药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品； ②应凭定点医疗机构开具的外配处方销售药品，外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章，外配处方必须通过电子处方系统流转； ③应将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存2年，以备医疗保障部门核查。 |
| 9 | 变更备案 | 定性 | 定点零售药店名称、执业地址等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，申请变更。 |
| 10 | 自查自纠 | 定性 | 定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。 |
| 11 | 工作配合 | 定性 | 配合医疗保障部门开展智能监控审核稽核、履约考核、监督检查等。 |
| 服务质量 | 12 | 数据质量 | 定性 | ①确保向医疗保障经办机构传输的参保人员就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，真实、准确并实时传输； ②严格执行信息网络管理有关规定，做好数据备份； ③传输数据不得人为篡改作假。 |
| 13 | 应急预案 | 定性 | 制定应急预案，因信息系统出现故障并影响参保人员就医结算时，须及时通知医疗保障经办机构并启动应急预案，做好解释工作。 |
| 14 | 满意度评价 | 定性 | 参保患者满意度=评价满意的被调查参保患者人数/接受调查的参保患者总数×100% 。 |
| 15 | 媒体报道 | 定量 | 按本机构被主流媒体报道，经医疗保障部门认可的，按照报道数量赋分。 |
| 16 | 其他行为 | 定性 | 严格执行医保服务协议的各项条款。 |
| 协议履行 | 协议处理 | 17 | 约谈 | 定量 | 被医疗保障经办机构约谈的。 |
| 18 | 通报 | 定量 | 被医疗保障部门通报的。 |
| 19 | 追回费用 | 定量 | 被医疗保障经办机构追回费用。 |
| 20 | 拒付费用 | 定量 | 被医疗保障经办机构拒付费用。 |
| 21 | 暂停结算 | 定量 | 被医保经办机构暂停结算的。 |
| 22 | 中止协议 | 定量 | 被医疗保障部门中止协议的。 |
| 基金监管 | 一般处理 | 23 | 约谈 | 定量 | 被医疗保障部门约谈的。 |
| 24 | 整改 | 定量 | 被医疗保障部门责令整改的。 |
| 行政处罚 | 25 | 罚款 | 定量 | 被医疗保障行政部门罚款。 |
| 其他行为 | 26 | 其他行为 | 定性 | 其他骗取医疗保障基金支出的行为。 |
| 社会信用 | 行政处理 | 27 | 行政处罚 | 定量 | 被政府有关行政部门给予行政处罚情况。 |
| 表彰奖励 | 受到表彰 | 28 | 政府表彰 | 定量 | 受到党委、人民政府表彰奖励的。 |
| 29 | 医保表彰 | 定量 | 受到医疗保障行政部门通报表扬。 |
| 工作配合 | 30 | 参与试点改革 | 定量 | 积极参与市级医保试点改革等工作的，受到医疗保障部门认可，并出具相关证明材料。 |
| 31 | 自查自纠 | 定量 | 按照主动回退金额予以奖励。 |
| 公益活动 | 32 | 公益活动 | 定量 | 主动参加医疗保障部门组织的公益活动，受到医疗保障部门认可。 |
| 其他奖励情况 | 33 | 其他奖励情况 | 定性 | 医疗保障部门认定的其他奖励性措施。 |
| 一票否决 | 失信被执行人 | 34 | 失信被执行人 | 定性 | 定点零售药店或其法人被纳入公共信用系统失信“黑名单”的情况。 |
| 司法处理 | 35 | 欺诈骗保 | 定性 | 定点零售药店及其工作人员因欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保障基金或者医疗保障待遇被司法机关追究刑事责任的。 |
| 协议处理 | 36 | 解除协议 | 定性 | 被医疗保障部门解除协议的。 |
| 37 | 变更备案 | 定性 | 机构名称、执业地址等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，被发现重大信息发生变更,但未在规定时间内办理重大信息变更的。 |
| 行为规范 | 38 | 工作配合 | 定性 | 不配合医疗保障部门开展智能监控审核稽核、履约考核、监督检查等，情节恶劣的。 |

附件3

定点医药机构医保信用评价报告

|  |  |
| --- | --- |
| 评价周期： | XXXX年01月01日-XXXX年12月31日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | 统一社会 信用代码 |  | | |
| 机构类型 | 医疗机构/药店 | 机构  等级 | X级或药店 | 医保编码 |  | | |
| 机构地址 |  | | | | | | |
| 联系电话 |  | | 医保区划 |  | | 法定  代表人 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 信用评价结果 | | | | | | |
| 信用  等级 | 信用  总分 | 协议  履行 | 基金  监管 | 社会  信用 | 表彰  奖励 | 一票  否决 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医保信用风险 | | | |
| 表彰（次） | 司法处罚（次） | 行政处罚（次） | 协议处理（次） |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 信用评价指标详情列表 | | | | |
| 序号 | 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 指标评分（分） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医保信用事件详情列表 | | | | | | |
| 事件编号 | 事件类型 | 事件名称 | 事件  开始日期 | 事件  截止日期 | 处理日期 | 处理状态 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

附件4

定点医药机构医保信用评级告知书

文号： 〔 〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | | |
| 扣分指标 |  | | | | | | |
| 医疗保障经办机构处理意见 | 本次扣减信用分数 分；本年度现有信用分数 分（总分1000分）。  予以        处理。  公章  日期： | | | | | | |
| 送达人  签字 |  | 日期 |  | 接收人  签字 |  | 日期 |  |
| 备注：如有异议需15个工作日内提出书面申请，逾期视同无异议。 | | | | | | | |

本文书一式两份，经办机构留存一份，医药机构留存一份。

附件5

定点医药机构医保信用异议申请书

评级告知书文号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 异议申请内容：（可附相关证明材料）  公章：  日期： | | | |
| 医疗保障经办机构意见：  公章  日期： | | | |

附件6

定点医药机构医保信用修复申请书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药机构 | 机构名称 |  | | |
| 统一社会  信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 不良信用 | 文书号 |  | 时间区间 |  |
| 本单位声明，已主动纠正失信行为、消除不良影响、履行处理决定，现申请信用修复，后附整改报告和佐证材料。  公章：  日期： | | | | |
|
|
|
|
|
|
| 医疗保障经办机构意见：      公章  日期： | | | | |
| 本文书一式两份，经办机构留存一份，医药机构留存一份。 | | | | |

附件7

定点医药机构医保信用修复告知书

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药机构 | 机构名称 |  |
| 统一社会  信用代码 |  |
| 你单位申请的（文书号 ）信用修复申请现已完成认定，修复结果为 通过/未通过 ，特此告知。    公章：  日期： | | |
|
|
|
|
|
|
| 本文书一式两份，经办机构留存一份，医药机构留存一份。 | | |